ACTUALITÉS DU CCLIN EST
ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES

CCLIN ARLIN

Juillet-Août 2013

# PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN EUROPE (ECDC)

Un patient européen sur 18 a contracté au moins une infection nosocomiale un jour donné, selon la première enquête de prévalence européenne menée par l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

L'enquête a été menée en 2011-12 par l'ECDC. Un échantillon d'établissements Français ayant participé à l'ENP 2012 a été colligé dans cette enquête.

Cette enquête a été menée auprès de 231 459 patients dans 947 hôpitaux européens.

La prévalence des patients infectés a été de 6.0% (2.3 à 10.8 selon les pays) alors que la prévalence de l'infection est de 5.7% (4.5 à 7.4 selon les pays).

Sur un total de 15 000 infections nosocomiales rapportées, les plus fréquentes étaient les infections des voies respiratoires (pneumonie 19,4% et voies respiratoires inférieures 4,1%), les infections du site opératoire (19,6%), les infections des voies urinaires (19,0%), les bactériémies (10,7%) et les infections gastro-intestinales (7,7%), avec les infections à *Clostridium difficile* qui représentent 48% de ces dernières.

Vingt-trois pour cent des infections nosocomiales (n = 3503) étaient présentes lors de l'admission. Un tiers des infections nosocomiales à l'admission étaient les infections du site opératoire.

La plus forte prévalence, qui s'élève à 20%, a été retrouvée dans les unités de soins intensifs contre 5,2% en moyenne pour toutes les autres spécialités confondues.

La bactérie *Escherichia coli* est l'agent le plus souvent à l'origine de ces contaminations, puis *Staphylococcus aureus*, des entérocoques et *Pseudomonas aeruginosa*.

Parmi les staphylocoques dorés isolés, 41% étaient résistants à la méticilline et parmi les entérocoques, 10% résistaient à la vancomycine. De plus, un tiers des Entérobactéries analysées sont résistantes aux céphalosporines de troisième génération et plus de 7% aux carbapénèmes.

La prévalence des patients ayant reçu au moins un agent antimicrobien était de 35,0% (intervalle de 21,4 à 54,7% selon pays). Au total 110 151 traitements antimicrobiens ont été prescrits à 80 951 patients. La prévalence globale de l'utilisation des antimicrobiens extrapolé sur le nombre total de lits occupés en Europe était de 32,7% (95% de confiance l'intervalle de 29,4 à 36,2%)

L'ECDC mènera sa prochaine enquête en 2016-17.

**Pour en savoir plus** :

http://ecdc.europa.eu/en/press/news/Lists/News/ECDC_DispForm.aspx?List=32e43ee8-e230-4424-a783-85742124029a&ID=945&RootFolder=%2Fen%2Fpress%2Fnews%2FLists%2FNews

***Dans ce numéro :***


| | |
|---|---|
| ENP européenne | 1 |
| A l'agenda | 2 |
| Bactériophages | 3 |
| Coronavirus | 4 |
| Oreillons —A lire | 5 |
| Acide acétique | 6 |
| Check-list au bloc | 7 |
| Sécurité des patients | 8 |


**Chaque bulletin contient des points de :**

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

# Calendrier des événements

# JUILLET-AOÛT 2013

**Pour toutes difficultés concernant les inscriptions ou la compréhension d'une surveillance (AES 2013, ATB 2012, ISO 2013, BMR 2013 et REA 2013) :**

Prendre contact si nécessaire avec Olivier HOFF : 03-83-15-35-45

Les inscriptions se font en ligne sur le site du CCLIN Est à la rubrique surveillance. Vous trouverez également tous les outils nécessaires à la réalisation de ces surveillances (et audit) et les moyens de contacter les personnes responsables de chacune d'elles en cas de nécessité.

**Enquête de prévalence** :

Le CCLIN Est vous propose de bénéficier de l'outil développé par le CCLIN Ouest afin d'organiser au sein de votre établissement une enquête de prévalence des infections nosocomiales basée sur le modèle de l'ENP 2012.

Cette enquête s'adresse à tous les établissements de santé (les EHPAD demeurent exclus de l'enquête). La réalisation d'une enquête de prévalence se fait sur un jour précis pour tout l'établissement ; en évitant les périodes de vacances scolaires.

Une fois les données saisies et validées, vous obtiendrez vos résultats de façon automatique.

Les documents sont identiques à ceux de l'enquête ENP 2012, seul l'outil de saisie est différent

Le lien pour accéder à la page dédiée à l'enquête de prévalence : http://cclin-est.fr/spip.php?article251

Le contenu de cette page :

- **Documents :** Protocole, fiche patient, codage, diaporama formation et fiche information patient**.**
- **Inscription en ligne** (obligatoire)
- **Lien vers l'application** permettant la saisie des données en ligne.

# COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

***Journée CClin Est/ARLIN Franche-Comté*** : **Besançon le 08 octobre 2013 sur « Prévention du risque infectieux en HAD»** - programme et bulletin d'inscription : http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25

***Congrès de l'Association Française des gestionnaires de risques sanitaires (AFGRIS)*** : **Paris le 10 octobre 2013** sur « Gérer les évènements indésirables graves : réalités ou fantasmes?» - programme http://bit.ly/12toY8C et bulletin d'inscription http://bit.ly/1brlmvK

***VIIème Journée d'hygiène hospitalière du Centre hospitalier de l'agglomération de Nevers*** **: Nevers le 17 octobre 2013** - programme et bulletin d'inscription : http://www.cclin-est.org/spip.php?article160

***Journée ARLIN Champagne-Ardenne*** : **Reims le 14 novembre 2013 sur «Les indicateurs et l'amélioration de la sécurité des soins»** - programme et bulletin d'inscription à venir

***26èmes Journées Régionales d'Hygiène Hospitalière et de Prévention des Infections Nosocomiales*** **les jeudi 12 et vendredi 13 décembre 2013 à Strasbourg** – Programme http://www.jrhh.org/ ou http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/congres/2013/depliant_JRHH2013_20130403_web.pdf

# DÉSINFECTER LES HÔPITAUX AVEC LES BACTÉRIOPHAGES

Désinfecter les établissements de soins en vaporisant des solutions de bactériophages dirigés contre des bactéries multirésistantes à l'origine d'infections nosocomiales permet de réduire efficacement leur incidence, selon les résultats d'une étude russe présentée lors de la deuxième conférence internationale sur la prévention et le contrôle des infections (International Conference on Prevention and Infection Control-ICPIC) qui s'est déroulée à Genève du 25 au 28 juin dernier.

Les antibactériens chimiques modernes ne sont pas suffisamment efficaces contre les souches bactériennes multirésistantes, selon Elena Brusina et ses collègues de l'université de Kemerovo (Fédération de Russie).

Les auteurs de cette étude ont vaporisé des solutions de bactériophages dirigées contre *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (Sarm), des salmonelles, des Shigella et des Klebsiella dans différents établissements confrontés à des infections nosocomiales induites par ces bactéries. Ils ont comparé l'efficacité du traitement de différentes surfaces et évalué l'influence de cette méthode de désinfection sur l'incidence et la mortalité des infections nosocomiales causées par ces souches bactériennes multi-résistantes.

L'équipe russe considère que les solutions de monobactériophages sont plus efficaces sur les surfaces en verre, en métal et plastique que sur les textiles et les papiers. Cette méthode de désinfection s'est avérée particulièrement efficace contre *P. aeruginosa*. Une seule application de solution de bactériophages a permis d'éliminer totalement la souche bactérienne de l'environnement de l'hôpital. Par ailleurs, elle a divisé par 15 l'incidence des infections induites des Salmonelles, par quatre l'incidence de celles dues à des Shigella et par deux celles causées par des Klebsiella et des MRSA.

Pour les auteurs, ces résultats suggèrent qu'une désinfection avec des bactériophages présente des avantages par rapport aux agents chimiques classiques et qu'elle pourrait être employée dans les établissements, en particulier les unités de soins intensifs.

Ils considèrent que ce traitement pourrait permettre de venir à bout des épidémies induites par les bactéries multirésistantes et réduire l'incidence et la mortalité des infections nosocomiales.

# FORMATION EN LIGNE "VOIE SOUS-CUTANÉE" PROPOSÉE PAR LE CCLIN ET LES ARLIN DE L'INTER-RÉGION SUD-EST

L'utilisation de cathéters périphériques concerne un nombre croissant de patients dans les établissements de santé et médico-sociaux. Les recommandations de 2005 de la SF2H précisent que 25 millions de CVP sont posés chaque année en France. L'enquête nationale de prévalence 2012 révèle que 15 % des patients en SLD étaient porteurs d'un cathéter sous-cutané un jour donné. L'utilisation de ces dispositifs peut être à l'origine d'infections locales ou générales. La durée de cathétérisme intervient dans le mécanisme de colonisation bactérienne. Le risque initial est lié à la pose, responsable de contamination dite extra-luminale, alors que l'utilisation prolongée des cathéters induit une contamination intra-luminale.

Le CClin et les Arlin de l'inter-région Sud-Est mettent à la disposition des professionnels des établissements de santé et médico-sociaux ainsi que des instituts de formation, **un outil de formation en ligne avec vidéo** (30 minutes de formation) ainsi que **des documents téléchargeables** [fiches pratique, de suivi, diaporama de formation et vidéo].

Vous trouverez un diaporama de présentation du projet qui peut vous permettre de communiquer sur le projet au sein de votre établissement.

Nous vous conseillons de lire attentivement le mode d'emploi pour créer votre compte d'accès à l'outil de formation.

Le lien vers la plateforme de formation en ligne est le suivant :
http://bddiagnostics.elmg.net/ets/content/register.php?new_user=true&current_page=&changelang=fr

Diaporama—Statistiques de suivi de la formation - juin 2013

En fin d'année 2013, le module 2 « voie veineuse périphérique » (adulte, enfant et nourrisson) sera à votre disposition.

Nous vous proposons également dans le cadre de la gestion des risques a priori une analyse de scénario clinique sur l'utilisation des cathéters sous cutanés, Son objectif est de tester à partir de l'analyse d'un problème la capacité des professionnels d'une unité de soins à mettre en œuvre une stratégie de prévention et d'appliquer les mesures ad hoc afin de limiter le risque décrit dans le scénario.

**Le cathétérisme périphérique : un geste sûr pour le patient et le soignant**

**Pour en savoir plus** :

http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/formationenligne/cvp/cvp.html

# SF2H : DANSE DU SHA

La vidéo du flash mob « La danse du SHA » sur le parvis de la Défense dans le cadre du congrès annuel de la SF2H le vendredi 31 mai 2013.

http://www.youtube.com/watch?v=oBG34lrzQ2k

NB : un grand merci aux deux chorégraphes en chef de ce flash-mob, Anne-Gaelle Venier et Caroline Bervas, membres du CClin Sud-Ouest

# GESTION ET PRÉVENTION DES INFECTIONS À MERS-COV

Suite aux expériences récentes publiées de prises en charge de patients infectés par le nouveau coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), le HCSP présente l'état des lieux actualisé sur les tableaux cliniques et paracliniques initiaux des patients.

Il précise les caractéristiques des prélèvements respiratoires (nature, moment et modalités de réalisation) et des autres prélèvements nécessaires au diagnostic, le délai minimum entre les premiers signes cliniques et les prélèvements, la période d'incubation étendue à 14 jours à la lumière de ces nouvelles données. Il émet des recommandations aux laboratoires de biologie pour l'acheminement et la prise en charge des prélèvements à visée diagnostique (respiratoires et autres) et de surveillance. Il précise les modalités de désinfection des matériels et d'élimination des déchets.

Il recommande qu'une réflexion soit rapidement engagée dans chaque région pour organiser les circuits de prise en charge clinique et biologique en lien avec les infectiologues, les microbiologistes et les hygiénistes référents.

Par ailleurs, le HCSP rappelle les définitions de cas et les modalités de prise en charge d'une suspicion de cas. Sont aussi rappelées et actualisées les mesures d'hygiène pour la prise en charge des patients cas « possibles » et « confirmés ».

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction des connaissances et de la situation épidémiologiques

**Pour en savoir plus** :

Avis relatif à la gestion et à la prévention des infections à MERS-CoV, coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (Date du document : 28/06/2013 - Date de mise en ligne : 05/07/2013)

http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=358

Pélerinage (Hadj, Umra) - Risques sanitaires - Juillet 2013

http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/International/Pelerinage-Hadj-Umra-Risques-sanitaires-Juillet-2013

Interhuman transmissibility of Middle East respiratory syndrome coronavirus: estimation of pandemic risk, Breban R, Riou J, Fontanet A., Lancet. 2013 Jul 4: S0140-6736(13) (article à votre disposition sur simple demande au CClin Est)

Une boite à outil est en cours de réalisation par le réseau des CClin et des ARLIN ainsi que l'InVS et comportera notamment

- une conduite à tenir pour l'investigation et la gestion des contacts hospitaliers d'un cas confirmé d'infection à virus émergent type "MERS-CoV"

- un questionnaire destiné à recenser individuellement ces contacts hospitaliers et à structurer leur suivi

# CAS GROUPÉS D'OREILLONS EN COLLECTIVITÉ : CONDUITE À TENIR

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) recommande, en situation de cas groupés d'oreillons dans une collectivité, de déterminer le statut vaccinal des personnes atteintes et des contacts afin de le mettre à jour et de ne proposer une troisième dose que lorsque la deuxième a été administrée depuis plus de 10 ans.

Cet avis répond à une saisine de la Direction générale de la santé (DGS) en raison de la survenue "ces derniers mois" de plusieurs épisodes de cas groupés d'oreillons dans des collectivités, en majorité des étudiants, en France. Des événements similaires ont été rapportés dans différents pays (Royaume-Uni, Etats-Unis, Pays-Bas).

La vaccination contre les oreillons est incluse dans le vaccin combiné rougeole, oreillons, rubéole (ROR) et le schéma vaccinal 2013 prévoit l'administration d'une première dose à 12 mois et d'une seconde entre 16 et 18 mois.

Le HCSP "ne recommande pas l'administration en population générale d'une troisième dose de vaccin" car l'efficacité vaccinale est de l'ordre de 85% 10 ans après l'administration de la seconde dose et le risque de complications significativement réduit après deux doses.

Une situation de cas groupés d'oreillons dans une collectivité (école, université, internat, caserne, club sportif...) nécessite que "deux à trois cas soient documentés sur le plan virologique par un diagnostic moléculaire (PCR)" et que "les prélèvements de préférence salivaire ou de gorge" soient effectués "dans les quatre à cinq jours suivant l'apparition du premier symptôme".

Lors de cas groupés dans une collectivité ou une zone géographique donnée, des investigations doivent "permettent de connaître le statut vaccinal (nombre de doses et dates des vaccinations) des personnes atteintes et non atteintes et qu'il soit mis à jour s'il ne l'était pas".

Une troisième dose de vaccin doit être "systématiquement proposée aux personnes déjà vaccinées à deux doses et dont la seconde dose a été administrée depuis plus de 10 ans". Le périmètre d'application de cette mesure pourra être déterminé localement en fonction des caractéristiques de la collectivité et des groupes de personnes affectées, ajoute le HCSP.

Il rappelle que, pour les personnes ayant été en contact avec un patient présentant les oreillons en phase de contagiosité, les mesures de prophylaxie post-exposition (vaccination ou immunoglobulines) ainsi que les mesures d'exclusion de la collectivité n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Enfin, il convient de poursuivre l'application des recommandations vaccinales et des mesures de rattrapage dans la population ciblée par la vaccination selon le calendrier vaccinal en cours.

**Pour en savoir plus** : Cas groupés d'oreillons en collectivité: conduite à tenir

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=364

# A LIRE

**Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive (9 pages)**

http://www.sfed.org/documents_sfed/files/recommandations/Plateautechnique_orgafnnt.pdf

**Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012**

Les principaux constats issus de ce nouveau rapport sur la consommation d'antibiotiques sont :

- une baisse de consommation d'antibiotiques de près de 10 % entre 2002 et 2012, avec toutefois une augmentation de 3 % au cours de ces cinq dernières années ;
- une consommation d'antibiotiques très majoritaire en ville (90 %) pour laquelle les génériques occupent une place centrale (78 % de la consommation antibiotique en ville est représentée par des génériques) ;
- 70 % des prescriptions d'antibiotiques en ville sont réalisées par un médecin généraliste. Parmi celles-ci, 11 % ont néanmoins pour origine une prescription hospitalière

La suite sur :

http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2012-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information

# L'ACIDE ACÉTIQUE À MOINS DE 1%, DÉSINFECTANT EFFICACE POUR LES PLAIES

L'acide acétique s'avère être un désinfectant efficace contre les pathogènes communs pour les plaies, même une fois absorbé sur une gaze, selon une étude britannique publiée par le Journal of Hospital Infection.

L'acide acétique est utilisé comme antibactérien depuis des centaines d'années, toutefois la stabilité de cet agent et sa compatibilité avec des pansements n'ont jamais été déterminées. Or une molécule volatile comme l'acide acétique pourrait perdre son activité en s'évaporant. Par ailleurs, il pourrait être inactivé par des composés organiques contenus dans les gazes de coton.

L'équipe britannique a donc cherché à savoir si l'acide acétique était actif contre les pathogènes communs, à quelles concentrations, si son activité déclinait en s'évaporant et au contact de gaze.

Ils ont utilisé une solution d'acide acétique à 5% et ont procédé à des dilutions sérielles qu'ils ont testées sur cinq différentes souches de *Pseudomonas aeruginosa*, toutes sensibles à la gentamicine et la ciprofloxacine, deux souches de *Staphylococcus aureus*, dont une résistante à la méticilline et deux souches d'*Acinetobacter baumannii*. L'évaporation du produit a été analysée en mesurant l'activité antibactérienne de la solution 4, 8 et 24 heures après l'avoir versée dans une boîte de pétri à température ambiante (environ 20°C). De même, l'activité de gaze imbibée depuis 0 à 24 heures a été testée avec les mêmes souches bactériennes. La solution à 0,17% d'acide acétique était efficace contre les cinq souches de *P. aeruginosa*. Les deux souches d'*A. baumannii* et *S. aureus* sensible à la méticilline étaient détruites par des solutions à 0,3%. En revanche, *S. aureus* résistante à la méticilline, était légèrement moins facilement éliminé, une solution à 0,63% était nécessaire.

L'évaporation les 24 premières heures à température ambiante a été jugée négligeable par les auteurs et l'activité du désinfectant n'était pas non plus inhibée par les composés organiques contenus dans les gazes.

Pour les auteurs, ces résultats indiquent que les pansements imbibés d'acide acétique, en plus d'être relativement bon marché, présentent une bonne activité antibactérienne. Ils ajoutent que l'acide acétique n'est pas toxique et qu'il est naturellement décomposé par l'environnement et l'organisme.

**Pour en savoir plus** :

**The antibacterial activity and stability of acetic acid, A.P. Fraise, M.A.C. Wilkinson, C.R. Bradley and coll, Journal of Hospital Infection, 2013, 84, 329-331**

(article à votre disposition sur simple demande au CClin Est)

# PRÉVENTION DES SARM EN RÉANIMATION

L'étude REDUCE MRSA a évalué trois stratégies de réduction du risque de SARM: le dépistage des patients porteurs d'un SARM au niveau nasal lors de leur admission en soins intensifs suivi de précautions complémentaires « Contact » des patients positifs, qui est considéré comme la pratique standard; le dépistage suivi d'une décolonisation ciblée des patients positifs par cinq jours de mupirocine nasale et un bain quotidien à la chlorhexidine; une "décolonisation universelle" consistant à appliquer le même traitement (mupirocine nasale et bain de chlorhexidine) à tous les patients, sans dépistage préalable. L'étude a été conduite dans 74 unités de soins intensifs de 43 hôpitaux, sur un total de 74.256 patients.

Par rapport à la période antérieure à l'étude, le dépistage + isolement n'a pas diminué significativement le risque d'infection à SARM, le dépistage + décolonisation a réduit le risque de 25% et la décolonisation universelle a réduit le risque de 37%.

De plus, le dépistage + décolonisation a réduit le risque de bactériémie (toutes bactéries confondues) de 22% et ce risque était diminué de 44% par la décolonisation universelle.

Les auteurs ont calculé qu'avec la décolonisation universelle, il fallait traiter 181 patients pour prévenir une infection par SARM et traiter 54 patients pour prévenir une bactériémie. Ils ont noté qu'un avantage de la décolonisation universelle était de supprimer les tests de surveillance du SARM ainsi que les précautions de contact, qui peuvent interférer avec les soins.

Ils notent toutefois que dans certains cas un dépistage peut tout de même être nécessaire, comme la surveillance périodique des résistances. Ils estiment que leurs résultats sont généralisables à tous les hôpitaux, dans la mesure où leur étude a inclus différents types d'établissements.

**Pour en savoir plus** :

**Targeted versus Universal Decolonization to Prevent ICU Infection, Susan S. Huang, and coll, New England Journal of Medicine, 13 juin, vol.368, n°24, p2255-2265**

# RETOURS D'EXPÉRIENCE DU RESEAU CCLIN-ARLIN

Un nouveau REX en juillet 2013 : Epidémie de trois cas de *Citrobacter freundii* multirésistant en chirurgie

http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/rex.html#BMR

# EVALUATION DE LA CHECK-LIST AU BLOC OPÉRATOIRE : LA PERCEPTION DES SOIGNANTS

Un audit réalisé au sein du centre hospitalier Lyon-Sud (CHLS, HCL) a relevé une adhésion mitigée à la check-list au bloc opératoire

Depuis janvier 2010, la Haute autorité de santé (HAS) a émis une check-list inspirée de la check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette check-list est éligible lors de la procédure de certification des établissements de santé, ainsi que dans l'accréditation des disciplines à risque.

Un an après le déploiement de cette check-list sur le CHLS, un audit a évalué quelles étaient l'adhésion ainsi que la perception du personnel médical et paramédical en ce qui concerne l'intérêt de la check-list, ainsi que son niveau d'intégration dans l'organisation du bloc opératoire. Cette étude s'inscrit dans la phase II (la check-list est-elle bien réalisée?) du programme d'évaluation de la HAS qui en comporte quatre. Elle consistait en un questionnaire de 19 items regroupés dans les catégories suivantes: difficultés rencontrées pour la mise en place de la check-list, investissement et rôle de chaque catégorie professionnelle, avis global sur son intérêt et la qualité de sa mise en place, et freins possibles à son utilisation.

Sur les 177 questionnaires qui ont été analysés, 29% provenaient d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (Ibode), 24% de chirurgiens, 16% d'anesthésistes-réanimateurs, 14% d'infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (Iade).

La check-list était considérée comme quelque chose d'utile pour 80% des personnels médicaux et paramédicaux, mais représentait une contrainte pour 70% d'entre eux. Les auteurs notent cependant que 33% de la population interrogée reconnaissait avoir déjà détecté une erreur grâce à la check-list, comme une erreur de côté ou l'oubli d'une allergie ou d'un antibiotique. La check-list était "toujours réalisée" selon 45% des médecins et 30% des paramédicaux. Elle était "souvent réalisée" selon 60% des paramédicaux et 44% des médecins. Elle était "rarement réalisée" selon 10% des médecins et des paramédicaux.

Les auteurs pointent l'absence de définition claire de la catégorie de personnel qui assume le rôle de coordinateur de la check-list: deux tiers de personnes interrogées estimaient que ce rôle ne devait pas leur être attribué. Le rôle de coordinateur était plus souvent assuré par les Ibode ou par les paramédicaux que par les médecins, puisque 96% des Ibode affirmaient assurer ce rôle contre 68% des paramédicaux et 20% des médecins.

Les trois phases de la check-list étaient inégalement réalisées entre les corps médical et paramédical. Lors de la première phase, donc avant l'induction, 24% des médecins et 56% des infirmiers déclaraient réaliser systématiquement la vérification. Lors de la phase II (avant l'incision) 48% des médecins et 39% des infirmiers affirmaient réaliser systématiquement cette vérification. La troisième phase, quant à elle, n'était exécutée que par 12% des médecins et par 10% des paramédicaux. Ces écarts seraient en partie dus à l'absence de certains membres du bloc pendant l'une ou l'autre phase de la check-list.

L'audit observationnel a de plus relevé que l'activité n'était suspendue que dans 62% des cas lors de la phase II, que le silence nécessaire à la communication n'était obtenu lors des trois phases successives que dans 87%, 85% et 37% des cas.

Conclusion :
Les auteurs estiment que la mise en place de la check-list est un réel changement de culture qui se traduit par une modification de l'organisation du travail, et qu'il faudra sans doute du temps pour que l'ensemble du personnel travaillant au sein d'un même groupe se sente concerné par cette procédure.

**Pour en savoir plus** :

Hacquard P; Cunat C; Toussaint C; et al. Evaluation de la check-list au bloc opératoire : la perception des soignants et des médecins (évaluation du niveau II). Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 2013/04; 32(4): 235-240.

(article à votre disposition sur simple demande au CClin Est)

# SEMAINE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS - 25 AU 29 NOVEMBRE 2013

Objectif de cette grande opération annuelle reconduite par le ministère chargé de la santé : communiquer sur la sécurité des soins et favoriser le dialogue soignant/soigné.
Cette dynamique s'intègre désormais au **programme national pour la sécurité des patients.** L'édition 2012 de l'opération a remporté un vif succès dans toute la France avec **plus de 3 000 professionnels et structures qui se sont engagés**.
**La 3ème édition** mettra à l'honneur 3 thèmes définis avec des représentants de professionnels libéraux et hospitaliers, ainsi que des représentants des usagers :

**- bien utiliser les médicaments** pour faire progresser leur bonne connaissance et utilisation par les patients, pour favoriser la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse par les professionnels de santé
**- favoriser la communication et apprendre de ses erreurs** pour faire émerger une véritable culture de la sécurité et de la transparence
**- Bien préparer la sortie du patient hospitalisé** pour préparer au mieux cette étape clé du parcours de soins, et contribuer à la qualité et à la continuité de la prise en charge.
Un effort particulier sera déployé vis-à-vis des professionnels de santé libéraux et de leurs patients, favorisant ainsi le décloisonnement ville/hôpital.
Le ministère chargé de la santé invite l'ensemble des professionnels de santé, les ARS, les structures régionales d'appui – OMEDIT, CCLIN-ARLIN, etc –, les unions régionales des professionnels de santé, les ordres professionnels et les associations d'usagers à s'engager dans l'opération et à mener des actions d'information et de sensibilisation.
**En appui de ces actions, le ministère propose des supports de communication sur les 3 thèmes** adaptés à chaque catégorie de public – patients ou professionnels de santé – ainsi qu'une affiche aux couleurs de la manifestation.

**Inscrivez-vous prochainement à l'événement et commandez gracieusement les supports de communication depuis le site du ministère:** www.sante.gouv.fr/ssp

**Les nouveautés de l'édition 2013 :**

**- Le lancement d'un appel à projets**

Un appel à projets est ouvert à tous les acteurs souhaitant élaborer un support de communication – flyer ou poster – sur le thème de qualité et de la sécurité des soins, en vue de favoriser la communication entre les patients, leur entourage et les professionnels de santé. Ce support devra s'adresser aux patients et à leur entourage, aux professionnels de santé et être conçu dans l'idée d'engager un dialogue. Les documents sélectionnés pourront bénéficier de l'identité visuelle de l'opération et d'une mise en ligne sur le site du ministère : ils seront ainsi mis à profit au bénéfice de tous les acteurs engagés dans la qualité et la sécurité des soins. **Plus d'informations sur l'appel à projets :** www.sante.gouv.fr/appel-a-projets-ssp-2013.html

**- L'organisation d'un concours vidéo**

Dans le cadre d'un concours vidéo, le ministère invite les acteurs du secteur de la santé et du médico-social à réaliser une courte vidéo de promotion de leurs actions sur le champ de la qualité et de la sécurité des soins. Sans contrainte de style ou de genre – fiction, documentaire, animation ou format mixte –les vidéos devront valoriser la communication avec les patients.
Afin de « booster » le lancement officiel de ce concours, une vidéo réalisée par le ministère chargé de la santé sera prochainement disponible sur son site. Les vidéos sélectionnées seront mises en ligne sur ce même site et projetées lors d'une soirée débat au ministère, au cours de la semaine de la sécurité des patients. **Plus d'information sur le concours :** www.sante.gouv.fr/le-concours-video-ssp.html

**- La valorisation d'événements locaux**

Vous-aussi, vous participerez à la semaine de la sécurité des patients 2013 ? Vous-aussi, vous organiserez un événement pour informer et sensibiliser les professionnels ou les patients ? Vous aussi vous souhaitez faire connaître cet événement autour de vous, au niveau régional et au niveau national ?
Le ministère mettra à votre disposition dès septembre une plateforme permettant de signaler la tenue de votre événement.
L'ensemble des manifestations qui seront remontées sera mis à l'honneur sur le site du ministère chargé de la santé, au sein du dossier consacré à la semaine de la sécurité : ils seront ainsi visibles de tous et pourront susciter d'autres initiatives et approches !

**Dès maintenant, engageons-nous pour des soins plus sûrs**

**Contact :** direction générale de l'offre de soins (DGOS) Lucie Dufour | 01 40 56 47 43 | lucie.dufour@sante.gouv.fr

Adresse CClin Est :
Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan
54 511 Vandoeuvre les Nancy
Secrétariat central:
Tél. 03 83 15 34 73
Fax 03 83 15 39 73
Email. cclin.est@chu-nancy.fr

Retrouvez nous sur le Web

http://www.cclin-est.org/

CCLIN Est
Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Associées aux Soins
Bienvenue
Le CClin Est assure une mission d'orientation, de coordination et de soutien de l'action de lutte contre les infections nosocomiales auprès des établissements de santé relayé par les antennes régionales pour les missions de proximité.
Qui sommes-nous ?
Congrès, Manifestations
Documentations
Notre actualité